DISSERTATION

N° 6.

SUR

LA PNEUMONIE AIGUË;

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 13 janvier 1824, pour obtenir le grade de Docteur en médecine,

PAR JEAN-MARIN LEBOCEY, de Marcilly,

Département de la Manche,

Élève de l'École pratique.

Da veniam scriptis, quorum non gloria nobis
Causa, sed utilitas officiumque fuit.
OVID.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1824.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

Messieurs	Messieurs
LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	
ALIBERT.	FIZEAU, *Examinateur.*
BÉCLARD.	FOUQUIER, *Président.*
BERTIN.	GUILBERT, *Suppléant.*
BOUGON.	LAENNEC.
BOYER.	MARJOLIN.
CAYOL	ORFILA, *Examinateur.*
CLARION.	PELLETAN fils, *Examinateur.*
DENEUX.	RÉCAMIER.
DÉSORMEAUX.	RICHERAND.
DUMÉRIL.	ROUX.
DUPUYTREN.	ROYER-COLLARD.

Professeurs honoraires.

CHAUSSIER.	LEROUX.
DE JUSSIEU.	MOREAU.
DES GENETTES.	PELLETAN.
DEYEUX.	PINEL.
DUBOIS.	VAUQUELIN.
LALLEMENT.	

Agrégés en exercice.

Adelon.	Kercaradec.
Alard.	Maisonnabe.
Arvers.	Moreau.
Breschet.	Murat.
Capuron	Parent du Chatelet.
Chomel.	Pavet de Courteille, *Suppléant.*
Cloquet aîné.	Ratheau.
Coutanceau.	Richard, *Examinateur.*
Delens.	Rullier, *Examinateur.*
Gaultier de Claubry.	Ségalas.
Guersent.	Serres.
Jadioux.	Thévenot.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DU MEILLEUR DES PÈRES,

ET DE LA PLUS TENDRE ET LA PLUS CHÉRIE

DES MÈRES.

Regrets éternels ! ! !

A

P. C. B. P. LEBOCEY,

MON FRÈRE ET MON MEILLEUR AMI.

Témoignage de reconnaissance et d'attachement.

J. M LEBOCEY.

DISSERTATION

SUR

LA PNEUMONIE AIGUË.

On donne le nom de *pneumonie*, du grec πνευμων, *le poumon*, à une inflammation du tissu propre du poumon, caractérisée par l'oppression, la dyspnée, une douleur sourde, profonde, une expectoration abondante de crachats visqueux, tenaces, d'un blanc-jaunâtre; la matité du côté affecté; par la présence du râle crépitant, ou l'absence totale du bruit produit par la respiration, et enfin par une fièvre plus ou moins forte.

Très-anciennement connue, cette maladie a reçu des auteurs différentes dénominations; ainsi elle a été appelée *febris pneumonica* par Hoffmann, Macbride; *peripneumonia*, par Sauvages, Linnée, Vogel, Sagar, Boerhaave, Junker; *pneumonia*, par Cullen, Reil; *pulmonia*, par Arétée. Vulgairement on la désigne sous les noms d'*inflammation du poumon* et de *fluxion de poitrine*. Quoi qu'il en soit, le mot *pneumonie* me semblant plus convenable pour exprimer l'inflammation de la substance même du poumon, c'est celui dont je me servirai plus spécialement dans le cours de cette dissertation.

Cette maladie, ordinairement sporadique, règne encore assez souvent d'une manière épidémique. Quelques auteurs assurent qu'elle est endémique dans certaines contrées du Nord, la Russie, par exemple.

La pneumonie peut être aiguë ou chronique ; quelquefois elle est latente. Je ne m'occuperai ici que de la pneumonie aiguë.

Causes.

La pneumonie reconnaît pour causes presque toutes celles qui appartiennent à l'inflammation en général ; de plus, elle en a un grand nombre qui lui sont particulières. Pour en faciliter l'étude, je les diviserai, comme on a coutume de le faire, en *causes prédisposantes* et en *causes occasionnelles.*

Causes prédisposantes. Les hommes y sont plus sujets que les femmes. On l'observe aussi plus fréquemment chez les adultes que chez les vieillards et chez les enfans, quoique ceux-ci n'en soient pas tout-à fait exempts. Les personnes qui sont douées d'un tempérament sanguin ou bilieux, d'une constitution athlétique ; celles qui s'adonnent à la bonne chère, en sont souvent atteintes : il en est de même de celles qui ont la poitrine mal conformée, ou qui en ont déjà été affectées une ou plusieurs fois.

Certaines professions semblent prédisposer à la pneumonie ; telles sont, par exemple, celles où l'on est obligé de vivre dans une atmosphère chargée de molécules plus ou moins irritantes, comme les ouvriers employés dans les filatures de coton : les plâtriers nous en offrent la preuve. D'autres professions y prédisposent en fatiguant outre mesure les organes de la respiration : c'est ce qui arrive aux personnes qui jouent des instrumens à vent, et aux chanteurs de profession. Les cordonniers, les tailleurs et les tisserands, étant obligés d'affecter des positions dans lesquelles la circulation se fait toujours difficilement, y sont par là même prédisposés. Les boulangers, les forgerons étant très-exposés aux variations atmosphériques, sont aussi souvent atteints de pneumonie.

On rencontre fréquemment l'affection dont il s'agit ici dans les climats froids, dans les lieux élevés, où on respire un air sec et vif,

pendant l'hiver et le printemps. Certaines constitutions de l'atmosphère abondent en pneumonies, et c'est presque toujours à ces changemens inappréciables de l'air qu'on doit rapporter ces fluxions de poitrine qu'on voit régner épidémiquement.

Causes occasionnelles. Les plus ordinaires sont, le passage subit d'une température élevée à une température plus froide, la répercussion de la transpiration, des boissons froides prises lorsque le corps est échauffé. On doit ranger dans la même catégorie la respiration de gaz irritans, la suppression d'une hémorrhagie habituelle, du flux menstruel, hémorrhoïdal, celle de vieux ulcères et d'anciens cautères ou vésicatoires; l'omission d'une saignée habituelle. On voit souvent survenir la pneumonie à la suite de la rétrocession de la goutte et du rhumatisme, de la répercussion d'un exanthème. Les coups, les chutes sur la poitrine, les plaies pénétrantes dans cette cavité, la présence de corps étrangers dans les voies aériennes, peuvent aussi donner lieu au développement de la pneumonie.

Symptômes.

Le plus ordinairement cette maladie commence d'une manière subite, par un frisson qui varie sous le rapport de l'intensité et de la durée, et qui ensuite est remplacé par la chaleur. Dans quelques cas plus rares, elle est précédée d'un malaise général, de lassitudes spontanées, d'anxiétés, d'inquiétudes, et d'une fièvre plus ou moins forte, qui peut durer dix-huit à vingt-quatre heures avant que les symptômes pneumoniques se déclarent. Quoi qu'il en soit, le malade se plaint bientôt d'un sentiment d'oppression, d'une ardeur incommode dans la poitrine; sa respiration est gênée, courte, difficile, accélerée, douloureuse, surtout pendant l'expiration. Il est tourmenté par une toux plus ou moins fréquente, d'abord sèche, mais bientôt après suivie d'une expectoration de crachats visqueux, sanguinolens, et tellement tenaces, que souvent on peut renverser le vase dans lequel ils sont reçus sans qu'ils s'en détachent. Il accuse une douleur sourde,

profonde, qui n'augmente pas par la pression, et se fait sentir tantôt entre les épaules, tantôt derrière le sternum, et le plus souvent au-dessous de la mamelle, vers le milieu du sixième espace intercostal du côté affecté, qui est celui sur lequel le malade se couche de préférence. Le pouls est dur, fort et fréquent ; quelquefois au contraire il est mou, faible et déprimé. L'état de la langue ne présente rien de plus constant. Tantôt humide, elle offre sa couleur naturelle; tantôt sèche, elle est rouge à sa pointe et sur ses bords; enfin elle peut être couverte d'un enduit blanchâtre, jaunâtre ou noirâtre. La soif est plus ou moins intense; les selles sont rares; les urines rouges et en petite quantité; la chaleur médiocre, halitueuse, quelquefois âcre et très-intense; la face est animée; les pommettes sont rouges, surtout celle du côté malade; les yeux injectés. Il y a de la céphalalgie, quelquefois de l'assoupissement, et même du délire.

On serait porté à croire que rien n'est plus facile que de reconnaître une pneumonie d'après tous les symptômes que je viens d'indiquer. Cependant il n'en est pas toujours ainsi; car, comme le fait très-bien remarquer M. le professeur *Laennec* dans son excellent ouvrage sur l'Auscultation médiate, outre que tous ces symptômes sont communs à beaucoup d'autres maladies, il n'en est aucun qui ne puisse manquer, même dans des pneumonies aiguës; d'où on peut conclure que souvent on se trouverait très-embarrassé pour établir son diagnostic, si l'on n'avait recours à deux autres moyens d'investigation presque infaillibles: je veux parler de la percussion et de l'auscultation médiate. En percutant la poitrine d'un pneumonique, on reconnaît aisément qu'elle a perdu de sa sonorité ordinaire; elle ne rend plus dans toute l'étendue de la partie affectée qu'un son obscur, sourd, mat, que *Stoll* comparait au bruit qui résulte de la percussion de la cuisse. En explorant ensuite la poitrine du même individu avec le stéthoscope, on acquiert des signes qui varient selon les degrés de la pneumonie. Ainsi, dans le premier degré de cette maladie, on entend encore la respiration dans le point affecté; mais elle y est moins grande et moins sonore que partout ailleurs; de plus, surtout pen-

dant l'inspiration, elle est accompagnée d'un bruit particulier que M. *Laennec* désigne sous le nom de *râle crépitant ;* tandis que les second et troisième degrés se reconnaissent à l'absence complète du murmure produit par la respiration, et quelquefois aussi à l'existence du râle muqueux. Avec le cylindre on obtient encore un autre signe qui est commun aux trois degrés de la pneumonie; c'est la respiration puérile, qu'on entend dans toutes les parties du poumon que l'inflammation n'a point envahies.

Diagnostic.

Les maladies qui ont le plus d'analogie avec la pneumonie sont, la pleurésie, le catarrhe pulmonaire et la pleurodynie.

Nous allons examiner successivement les différences qui existent entre chacune d'elles.

Différences de la pneumonie d'avec la pleurésie. Dans la pneumonie, la douleur est sourde, profonde; elle n'augmente ni par la pression ni par le décubitus sur le côté affecté, que le malade préfère ordinairement. Dans la pleurésie, au contraire, la douleur est vive, lancinante, superficielle, susceptible d'être accrue par la pression et par le décubitus sur le côté malade, qui souvent est impossible. Dans celle-ci, les mouvemens d'inspiration sont entrecoupés et très-pénibles; dans celle-là, ce sont les mouvemens d'expiration qui font principalement souffrir les malades. Dans la première, la toux est humide, accompagnée d'une expectoration abondante de crachats tenaces, visqueux, sanguinolens; dans la seconde, la toux est sèche, quelquefois suivie d'une légère expectoration de crachats glaireux, incolores. Dans la pneumonie, la percussion fournit un son mat; avec le stéthoscope on constate l'existence du râle crépitant, l'absence du bruit de la respiration, quelquefois le râle muqueux. Dans la pleurésie, la percussion donne un son clair comme dans l'état sain, excepté dans les cas très-fréquens où il existe un épanchement pleurétique; alors le son est mat comme dans la pneumonie, et le stéthoscope peut seul

faire distinguer ces deux cas l'un de l'autre. En effet, cet épanchement est-il médiocre, on entend l'égophonie, qui en est le signe pathognomonique; est-il au contraire abondant, outre le son mat, il y a alors absence totale du murmure de la respiration, comme dans la péripneumonie arrivée au second ou au troisième degré; et ces deux affections ont alors sans contredit une grande ressemblance, et pourraient aisément être confondues l'une avec l'autre par un médecin inattentif. Mais si on considère que, dans l'épanchement pleurétique abondant, l'absence totale du bruit de la respiration arrive souvent d'une manière subite, qu'elle est égale, uniforme, qu'elle occupe tout le côté affecté, excepté le long de la colonne vertébrale, où le bruit de la respiration s'entend encore dans une largeur d'environ trois doigts; si on considère, au contraire, que l'absence de la respiration due à l'hépatisation du poumon n'est point égale et uniforme comme dans le cas précédent, qu'elle n'arrive en quelque sorte que graduellement, qu'elle n'existe presque jamais à la partie supérieure du poumon, sous la clavicule, qu'elle est constamment précédée du râle crépitant; si, dis-je, on considère toutes ces choses, on parviendra encore assez facilement à distinguer ces deux cas, en apparence si difficiles.

Différences du catarrhe pulmonaire d'avec la pneumonie. Dans la première de ces affections, la fièvre est nulle ou presque nulle; la dyspnée et l'oppression sont aussi beaucoup moindres que dans la seconde. Dans l'inflammation de la muqueuse, la poitrine conserve sa résonnance accoutumée; les crachats ne sont guère sanguinolens; tandis que dans l'inflammation du tissu propre du poumon, le son est mat, comme nous l'avons déjà dit plus haut; les crachats, ordinairement, sont mêlés de sang. Celle-ci est annoncée par le râle crépitant ou l'absence totale du bruit de la respiration; celle-là est caractérisée par le râle muqueux sibilant, et par la présence du murmure de la respiration dans toute l'étendue du poumon.

La pleurodynie n'est pas essentiellement accompagnée de fièvre

ni d'aucun des symptômes généraux qui appartiennent à la maladie qui nous occupe. Dans la pleurodynie, il n'y a point de toux ni d'expectoration sanguinolente ; la respiration s'entend parfaitement dans toute la poitrine, qui donne à la percussion un son très-clair. Cette maladie ne ressemble donc à la pneumonie que par la douleur de côté ; d'où je pense qu'il serait inutile d'insister sur son diagnostic.

Terminaisons.

Cette maladie peut se terminer par résolution, par suppuration, par gangrène, ou passer à l'état chronique.

Résolution. Cette terminaison est la plus fréquente et la plus heureuse. On peut esperer qu'elle aura lieu toutes les fois que la maladie n'est pas très-intense, et qu'elle a été convenablement traitée. Elle arrive, le plus souvent, du troisième au septième jour, et quelquefois plus tard. Elle s'opère tantôt subitement par une hémorrhagie, par des sueurs générales, par des selles abondantes ou par des urines qui déposent un sédiment blanc ; tantôt elle survient d'une manière insensible, sans qu'il se manifeste aucun phénomène critique. Quoi qu'il en soit, on voit dès-lors la fièvre et la dyspnée diminuer, l'expectoration devenir plus facile et plus abondante ; les stries de sang disparaissent ; les crachats prennent une couleur d'un blanc opaque ; la percussion fournit un son plus clair ; le cylindre fait entendre la respiration dans des parties où peu auparavant elle était complètement nulle.

Suppuration. Cette terminaison est toujours désavantageuse, et souvent mortelle. On doit surtout la craindre quand la maladie est très-intense, qu'elle a été mal traitée, et qu'elle se prolonge au-delà du deuxième septénaire. On reconnaît cette terminaison aux frissons irréguliers que le malade éprouve sans aucune cause manifeste, à la chaleur de la plante des pieds et de la paume des mains, dont il se

plaint ; à l'augmentation de la dyspnée ; à un sentiment de pesanteur que le malade accuse dans le côté affecté ; à la rougeur des joues et des lèvres ; aux paroxysmes de fièvre hectique qui surviennent, surtout le soir. Le pus sécrété s'infiltre dans le tissu des poumons ; beaucoup plus rarement, il se rassemble dans un foyer de manière à former un véritable abcès, dont on reconnaît l'existence par le rancus caverneux, par la pectoriloquie, et quelquefois par la présence du râle crépitant dans les parties environnantes. Cet abcès peut rester plus ou moins long-temps dans le poumon, être ensuite résorbé, ou se frayer différentes issues.

Il peut être suivi du retour à la santé, ou occasionner la mort de différentes manières.

Gangrène. Cette terminaison, la plus rare, est aussi la plus dangereuse. Lorsqu'elle survient, les symptômes, après avoir été portés au plus haut degré d'intensité, cessent tout à coup, les forces sont anéanties, le pouls est petit et facile à déprimer, l'haleine fétide, d'une odeur analogue à celle de la gangrène. L'expectoration fournit des crachats verdâtres, brunâtres, noirâtres. Les yeux s'enfoncent dans les orbites. Les sueurs froides, les syncopes surviennent. L'expectoration, assez abondante d'abord, se supprime, et le malade périt suffoqué.

Passage à l'état chronique. Il a lieu d'une manière lente, insensible, après un temps plus ou moins long. Lorsqu'il arrive, les symptômes diminuent graduellement, mais ne disparaissent jamais complètement. Le malade se trouve mieux ; il lui reste cependant toujours un peu d'oppression, de difficulté à respirer, une petite toux, qui se renouvelle après le repas et le moindre exercice ; la fièvre est à peine sensible, et s'accompagne de paroxysmes qui reviennent le soir ; la percussion continue de donner un son mat, et le stéthoscope d'indiquer l'absence de la respiration.

Prognostic.

En considérant les fonctions du poumon, la délicatesse de sa texture, sa situation profonde qui le dérobe à l'action directe des médicamens, on sentira facilement que le prognostic de la pneumonie n'est pas moins grave que difficile ; aussi *Baglivi*, pénétré de cette vérité, s'écrie-t-il : *Quantùm difficile est curare morbos pulmonum, ó quantò difficilius est eosdem cognoscere et de iis certum dare præsagium ! fallunt vel peritissimos ac medicinæ principes. Tyrones mei, cauti estote in iis curandis, nec facilem promittite curationem sicut nebulones qui non Hippocratem legunt.* Celse a dit dans le même sén, en parlant de la pneumonie : *Id genus morbi plus periculi quàm doloris habet.*

Il varie, au reste, beaucoup selon les circonstances. Ainsi il sera plus fâcheux si le malade a la poitrine mal conformée, s'il est affecté de tubercules, d'hémoptysie, d'asthme, etc., etc.; s'il est avancé en âge, épuisé par des excès; s'il a déjà été plusieurs fois atteint de cette maladie. Si l'inflammation est très-vive, très-étendue, qu'elle affecte simultanément les deux poumons, le prognostic sera aussi plus grave. Le pouls petit, intermittent, accompagné de sueurs froides, est un signe de mauvais augure. Le délire qui survient vers la fin de la maladie, comme l'a très-bien observé le père de la médecine, est bientôt suivi de la mort. *A peripneumonia phrenesis, malum.* Boerhaave regardait comme un signe fâcheux la chaleur de la poitrine et de la tête, lorsqu'elle coexistait avec un froid plus ou moins intense des autres parties du corps. Lorsque la douleur quitte un point de la poitrine pour se porter sur un autre point de cette cavité, on doit concevoir des inquiétudes; mais lorsqu'elle se porte vers l'épaule, d'après la remarque de *Triller*, on doit bien espérer de la terminaison de cette maladie. On regarde comme d'un bon augure une expectoration de crachats écumeux, blanchâtres ou jaunâtres, mêlés de quelques stries de sang, qui survient vers le troisième ou qua-

trième jour de la maladie; mais il n'en est pas de même si, après le sixième jour, les crachats sont bilieux, purulens, et que dès le commencement de la maladie ils aient été fort sanglans, ou tout-à-fait jaunes, blancs, sans apaiser la douleur, et s'ils sont fétides ou verdâtres.

La gêne de la respiration doit surtout fixer l'attention du médecin. Cette observation de Baglivi, *eò infaustior, quò major respirandi difficultas*, prouve que plus la difficulté de la respiration est considérable, plus le prognostic sera grave. *Stoll* regardait comme un signe du plus funeste présage lorsqu'elle était portée au point de contraindre le malade à se mettre sur son séant; enfin le prognostic diffère encore selon les terminaisons et les formes variées qu'affecte la maladie.

Anatomie pathologique.

Si le malade vient à succomber, la pneumonie étant encore très-récente, et qu'on fasse l'autopsie cadavérique, on remarque que le poumon a déjà beaucoup augmenté de pesanteur spécifique et absolue; il est plus ferme et moins crépitant que dans l'état ordinaire; sa couleur est livide, violacée. En y pratiquant des incisions, on s'aperçoit qu'il est engorgé d'une grande quantité de liquides qui en découlent; mais, au reste, il n'est encore que très-peu désorganisé. Cet état, que M. *Bayle* a désigné sous le nom d'*engouement du poumon*, constitue le premier degré de l'hépatisation, d'après M. *Laennec*.

La maladie est-elle plus ancienne, le poumon est tout-à-fait compacte, imperméable à l'air; il ne crépite plus, il se déchire avec la plus grande facilité; sa couleur extérieure est moins livide que dans le premier degré. Incisé, il ne laisse suinter presque aucune matière, et présente un aspect granuleux d'un rouge plus ou moins foncé.

Enfin, à une époque encore plus avancée de la maladie, il est dur et granuleux comme dans le cas précédent, infiltré d'une matière jaunâtre purulente; il présente une couleur qui a quelque analogie

avec le tissu graisseux, et qui a induit en erreur certains pathologistes qui l'ont considérée comme une transformation graisseuse réelle du tissu du poumon.

Traitement.

Cette maladie, essentiellement inflammatoire, réclame le traitement antiphlogistique le plus actif. Ainsi les saignées générales et locales, les boissons adoucissantes, la diète, le repos absolu du corps et de l'esprit, et généralement tout ce qui peut modérer l'action du système sanguin, seront employés avec avantage pour combattre la pneumonie aiguë.

Quand la pneumonie est très-légère, certains médecins veulent qu'on se borne à la diète et à l'usage des boissons mucilagineuses et adoucissantes. Mais je pense avec *Storck* qu'une saignée pratiquée avec prudence dès le début de la maladie ne peut être nuisible, si elle n'est pas nécessaire. *Considerandum est*, inquit, *tutius semper fore mox in initio secare venam, quamvis adhuc levis inflammatio, et mitia adhuc symptomata ; sæpè enim inflammatio apparenter gravibus non stipata signis. Intra brevis temporis spatium multùm exasperatur, malas et diuturnas relinquens sequelas, quæ tamen non difficulter unicâ ab initio morbi factâ venæ sectione averti potuissent.* (*Præcepta medico-practica*, t. 1, p. 121.)

Si l'inflammation est violente, la dyspnée considérable, tous les praticiens conviennent qu'il est alors urgent de pratiquer une saignée large et abondante pour dégorger le plus promptement possible un organe parenchymateux vers lequel les fluides affluent de toutes parts, et de revenir à l'emploi de ce moyen autant de fois qu'il paraîtra nécessaire. Pour évaluer la quantité de sang qu'on doit tirer, on aura égard à l'intensité de la maladie, à l'âge, au sexe, au tempérament et aux forces des malades ; mais on ne se réglera pas toujours sur l'état du pouls. En effet, dans certaines circonstances, le malade semble plongé dans l'adynamie, il est abattu ; son pouls est

petit, faible, déprimé ; de sorte qu'au premier abord on serait porté à croire que la moindre émission sanguine dût lui être funeste. Mais un praticien expérimenté ne s'en laissera point imposer par ces symptômes mensongers d'asthénie, qui semblent contr'indiquer la saignée. Si le sujet est robuste et vigoureux, il saura que cette faiblesse ne peut exister réellement, et qu'elle est le résultat d'une véritable pléthore, au moins dans le plus grand nombre des cas ; et ce qui le prouve d'une manière évidente, c'est qu'en faisant une saignée explorative, il voit le pouls, de petit et faible qu'il était, devenir plus fort et plus développé à mesure que le sang coule.

Des médecins d'un grand mérite se sont non-seulement occupés de déterminer les cas où la pneumonie requiert plus spécialement la saignée ; ils ont encore voulu fixer le temps et le lieu où il convient de la faire. Ainsi il en est qui ont prétendu qu'il est toujours dangereux d'ouvrir la veine après le premier septénaire ; mais l'expérience nous offre tous les jours une infinité de faits qui prouvent combien cette assertion est peu fondée, et qu'on peut pratiquer une saignée avec succès dans le deuxième et même dans le troisième septénaire, lorsque l'indication est positive, à l'exemple d'*Hippocrate*, de *Frank* et de *Cullen*.

Stoll pense qu'on doit pratiquer la première saignée au bras du côté malade, et la seconde au bras du côté opposé à la maladie. *Cullen* prétend qu'on peut saigner également aux deux bras. Enfin il en est d'autres qui préfèrent les saignées du pied.

L'anatomie et la physiologie nous démontrent que l'opinion de *Cullen* est la mieux fondée. D'ailleurs ne voyons-nous pas chaque jour qu'il est à peu près indifférent d'ouvrir telle ou telle veine, pourvu qu'on obtienne une déplétion prompte du système sanguin ? Pour cette raison, l'ouverture des veines du bras serait peut-être préférable. *Huxham* faisait pratiquer la saignée aux deux bras à la fois. Cette méthode, que j'ai vu employer plusieurs fois avec avantage par M. *Husson*, peut avoir un succès bien marqué dans des cas de pneumonie très-intense, où le malade se trouve menacé de suffocation.

Les sangsues, n'agissant que d'une manière lente et faible, ne peuvent convenir dans une pneumonie aiguë, qui réclame le traitement le plus prompt et le plus actif. Le médecin ne doit donc les préférer à la saignée qu'autant qu'il aura quelque raison de le faire, ou quelque indication particulière à remplir. Ainsi il pourra y avoir recours lorsque, par une ou plusieurs saignées, il n'aura pas réussi à faire disparaître complètement la maladie; lorsque le pouls petit, faible et fréquent, fait craindre l'adynamie chez un sujet faible ou chez un vieillard; enfin il les appliquera à la vulve, à l'anus, aux malléoles, selon les circonstances de tel ou tel flux supprimé.

Tandis qu'on dégorge ainsi le poumon en diminuant la masse générale du sang à l'aide des saignées et des sangsues, on emploiera des topiques. Les uns, en entretenant une espèce de bain local, diminuent la douleur et l'irritation, et amènent une détente favorable par la correspondance sympathique qui existe entre la peau et les organes de la respiration; tels sont les cataplasmes émolliens, les fomentations de même nature, les onctions huileuses, etc.

Les autres sont des irritans plus ou moins forts, que l'on emploie pour opérer une révulsion salutaire : lorsque la maladie est déjà fort avancée, la suppuration imminente, l'expectoration difficile ou supprimée; lorsqu'il survient des symptômes adynamiques. Mais on doit toujours avoir soin de ne pas les appliquer pendant l'acuité de la maladie, ni avant d'avoir pratiqué préalablement une ou plusieurs saignées générales. Si cependant la maladie était due à la répercussion d'une phlegmasie cutanée ou à la rétrocession de la goutte et du rhumatisme, il faudrait y avoir recours dès le début. Les i napismes, les vésicatoires, les sétons, les cautères rempliront cette indication.

On donnera au malade pour boissons habituelles des tisanes adoucissantes et mucilagineuses, telles que l'eau d'orge, de gomme; l'eau de veau, de poulet; les décoctions de racine de chiendent, de guimauve, qu'on édulcorera avec le miel ou un sirop approprié : celui de gomme, de capillaire, par exemple. On pourra aussi y

ajouter quelques acides pour modérer la chaleur, lorsqu'elle sera trop intense; on le fera toutefois avec réserve, parce qu'ils provoquent la toux. On aura aussi recours aux looks et aux juleps adoucissans, dans lesquels on fera entrer l'oxymel scillitique ou le kermès minéral, pour faciliter l'expectoration, dans le cas où elle serait difficile.

On regarde en général les émétiques, qu'on donne avec des succès presque constans dans les pneumonies dites *bilieuses*, comme peu avantageux lorsque la maladie est dans son état de simplicité. Cependant les anciens médecins, ceux du moyen âge, et *Rivière* parmi les modernes, ont beaucoup préconisé l'émétique dans le traitement de la maladie dont nous nous occupons. M. le professeur *Laennec* pense que l'émétique est un remède aussi héroïque que la saignée pour combattre la pneumonie ; et qu'on doit faire concourir ces deux moyens à sa guérison; il le donne à la dose de huit, dix, douze grains, et même plus, si le malade le supporte bien. Je l'ai vu en obtenir de très-heureux effets.

Quant aux purgatifs, ils sont en général peu utiles. Cependant on peut employer les minoratifs pour remédier à une constipation plus ou moins opiniâtre.

A mesure que les symptômes pneumoniques disparaîtront, on devra se relâcher sur la sévérité du régime qu'on avait prescrit au commencement et pendant l'acuité de la maladie. On commencera par permettre au malade des bouillons coupés. Plus tard on lui donnera quelques potages au riz, au vermicelle, à la semoule; et par l'usage des gelées, des viandes blanches, on le ramènera graduellement à son ancien régime.

II.e OBSERVATION.

Marie Saurin, âgée de soixante-douze ans, mère de treize enfans, d'un tempérament sanguin, n'avait jamais éprouvé que des maladies légères, lorsque le 9 janvier dernier, employée à la buanderie de la Salpêtrière, elle demeura pendant long-temps les pieds immergés

dans l'eau froide, et le corps exposé aux rigueurs de l'atmosphère. Elle fut alors tout à coup prise d'un violent frisson, accompagné d'anxiété et d'un sentiment de constriction vers la poitrine ; elle perdit l'appétit ; il survint de la fièvre, et elle passa la nuit dans une agitation extrême. Le lendemain, 10 janvier, Marie Saurin entra à l'infirmerie, et présenta les symptômes suivans : la soif était vive, la langue rouge sur ses bords, et limoneuse à son centre ; il y avait une céphalalgie susorbitaire très-intense ; le pouls était dur et fréquent ; les yeux étaient rouges, injectés ; les pommettes colorées, et la peau chaude et sèche ; la respiration était difficile et douloureuse, surtout du côté gauche, côté où la malade disait éprouver une sensation de brûlure et de douleur profonde, et sur lequel elle se couchait de préférence ; il y avait de la toux sans expectoration abondante ; mais le peu de crachats qu'elle rendait étaient visqueux et sanguinolens ; le côté douloureux percuté ne rendait plus qu'un son mat, et la respiration y était peu sensible. M. le docteur *Rostan* prescrivit une large saignée, une boisson adoucissante et la diète. Malgré cela il y eut le soir un paroxysme violent, et le pouls restait considérablement développé ; on ne jugea cependant pas convenable de revenir à la saignée, vu le grand âge de la malade. Le lendemain, les symptômes parurent amendés : le pouls était moins dur et moins fréquent, les yeux moins rouges, et la face moins colorée ; la percussion rendait toujours un son mat, mais la respiration était plus facile et plus distincte ; l'on entendait, de plus, le râle muqueux ; mais il cessait aussitôt que la malade avait rendu une grande quantité de crachats muqueux, épais, et très-adhérens aux parois du vase. On prescrivit alors une potion béchique, et un vésicatoire à une cuisse. A la visite suivante, on observa que la toux était moins fréquente, l'expectoration plus facile, le pouls moins vif, et que la douleur de côté avait presque disparu. La percussion rendit un son un peu moins sourd, et le stéthoscope fit reconnaître la présence de la respiration dans le lieu où auparavant elle manquait. La prescription fut la même que la veille ; on augmenta insensiblement

ses alimens. La maladie continua de marcher rapidement vers la résolution, et la malade fut parfaitement guérie vers le douzième jour.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

II.

Quæ judicantur et judicata sunt perfectè, ea neque moveto, neque medicamentis, neque aliis irritamentis innovato, sed sinito. *Ibid.*, *aph.* 20.

III.

Morborum acutorum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque salutis. *Sect.* 11, *aph.* 19.

IV.

Qui spumantem sanguinem sputo rejiciunt, iis ex pulmone talis rejectio fit. *Sect.* 5, *aph.* 13.

V.

Frigida, velut nix, glacies, pectori inimica, tusses movent, sanguinis eruptiones ac catarrhos inducunt. *Sect.* 5, *aph.* 24.

VI.

Si quis febricitanti cibum det, convalescenti quidem, robur; ægrotanti verò morbus fit. *Sect.* 7, *aph.* 65.